ambulancias Baztan Bidasoa

PARTE DE INTERVENCION S.V.B. / S.V.A.

F-07.06.04 Edición: 01 Fecha: 02/01/17

LUGAR REQUERIDO .... LOCALIDAD: .... FECHA ....

CENTRO SANITARIO DESTINO .... Nº CASO ....

SOLICITADA POR: S.O.S. NAVARRA ☐ OTROS ☐ .... TIPO DE URGENCIA: SEG. S. ☐ PARTICULAR ☐

INDICATIVO AMBULANCIA .... KMS. SALIDA .... KMS. LLEGADA .... TOTAL KMS ....

HORA AVISO .... HORA LLEGADA AL LUGAR .... HORA LLEGADA CENTRO DESTINO ....

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS .... SEXO: V ☐ M ☐

Nº S/S .... Nº C.I.P.N.A. .... D.N.I. .... TELÉFONO ....

DOMICILIO .... LOCALIDAD .... PROVINCIA ....

MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN:

☐ Enfermedad ☐ Intoxicación ☐ Tráfico ☐ Atropello ☐ Deportivo ☐ Taurino ☐ Otros ....

SEGURO SANITARIO PRIVADO: ☐ Funcionario ☐ I.M.Q. ☐ Acunsa ☐ Otros (Rellenar datos a continuación)

ACCIDENTE DE TRÁFICO:

Compañía	Nº de Poliza	Validez	Matrícula

OCUPACIÓN DEL HERIDO ATENDIDO / TRASLADADO:

☐ CONDUCTOR ☐ PASAJERO ☐ COPILOTO ☐ EXTERNO AL VEHÍCULO (ATROPELLO)

ACCIDENTE LABORAL, DEPORTIVO, ESCOLAR...:

Empresa, equipo deportivo, colegio	Mutua	Teléfono

OTROS SEGUROS PRIVADOS:

Nombre del seguro / mutua	Nº de Póliza	Teléfono

APARTADOS 1, 2 Y 3 A RELLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL PERSONAL MÉDICO:

1- ESTADO DEL PACIENTE AL INICIO DEL SERVICIO (PATOLOGÍAS, ALERGIAS...):

2- EVOLUCIÓN DEL PACIENTE Y TRATAMIENTO A LO LARGO DEL SERVICIO:

3- ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL SERVICIO:

INCIDENCIAS:

NEGATIVA DE ATENCIÓN Y/O TRASLADO:

Habiendo informado al paciente anteriormente descrito, con D.N.I. nº .... de sus lesiones y el posible riesgo que conlleva para sí mismo el negarse a ser atendido y/o ser trasladado por esta unidad a un centro sanitario para su evaluación y tratamiento, éste exime a los miembros de la dotación de cualquier responsabilidad que pudiera surgir por no ser atendido y/o trasladado, firmando este parte de negativa de atención y/o traslado,

Firmado en .... a .... de .... del 20 ....

Firma del paciente

Testigo 1

Nombre y Apellidos

D.N.I.

Firma:

Testigo 2

Nombre y Apellidos

D.N.I.

Firma:

PERSONAL

CONDUCTOR.. AUXILIAR.. PRÁCTICAS..

MÉDICO (Nombre y nº).. D.U.E. (Nombre y nº) ....

Sello del Centro:

Pegatina identificación del Hospital:

Le informamos que sus datos personales serán incluidos en un fichero del que es titular AMBULANCIAS BAZTAN BIDASOA S.L. con la finalidad de prestar el servicio de desplazamiento en ambulancia e informarle acerca de nuestros servicios. Para ello le comunicamos que en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal todos los datos obrantes bajo nuestra responsabilidad son guardados con las debidas medidas de seguridad, garantizando su absoluta confidencialidad. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a AMBULANCIAS BAZTAN BIDASOA S.L. en la dirección Pol. Ind. Landaben, calle A, s/nº, 31012 Pamplona (Navarra).